

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/119/1968 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 4/11/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: CHHAYA BHOWMICK आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 79	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DAKSHINA RANJAN BHOWMICK पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 3912 PK GANGULY ROAD, BALLY, HOWRAH 711201, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदा आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: HOMEMAKER व्यवसाय		MAJURED (विपक्षित) / UNMAJURED (अविपक्षित) ☒ MAJURED		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1960 X 12 = 22800/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)		
PAN No. सवाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं) Yes / No हा / नहीं ☒ No				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	CHHAYA BHOWMICK	79	F	SELF
2.	SANTANU BHOWMICK	38	M	SON
3.	MOLLY DUTTA	35	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार				
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किन्ने गये विषय का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक ही वर्ष सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में पत्र किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी दूसरे स्रोत या प्रत्यय की मदद नहीं लूँगा, उस सहायता का अतिरिक्त या समस्त दिस्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (အသိပေးခြင်း)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छाया या अस्वी को ज्ञान साधक, मैं (अर्पणक) अपने छात्रों को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एलन न्यायी, राज, साधक/या दूसरे स्तरों से मुझे प्रतिस्पर्धियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पूर्ण से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के धारों या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रदर्शित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एलन उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदन के प्रेषण के अंगे का चिह्न



AGREEMENT by HOSPITAL (HISSEIN MU WAT)

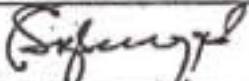
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

[illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए संसक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/11/2019	Dr. Naresh K. Kulkarni MBBS, D. O. B. Reg. No. 23722 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व थिये. नं.	Chief Executive Officer Basu Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरीक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसी इलाका 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसी इलाका 2 